



**WELL CHILD EXAM -  
ADOLESCENCE: 16 YEARS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ເວົາວະຂົນ: 16 ປີ

ເງື່ອງວະຊົນຕ້ອງປະກາດ ກວດກັນຕົນເອງ	<p>ຊື່ແດກ</p> <p>ອາການຜິດ</p> <p>ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ຫັນຫາ/ສຶກ/ງວມ ນັບແຕ່ມາເຖີ່ງສຸດທ້າຍ</p>			<p>ວັນເກີດ</p> <p>ປາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ</p> <p>ມັນວັນພະເຈົ້າມີຄໍາຖານກ່ຽວກັບເຮື່ອງ:</p>	
	<p>ແມ່ນ ບໍ່  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍກິນເຂົາເຈົ້າທຸກນີ້.  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍມີຜູ້ໃຜ້ນີ້ທີ່ຂອຍສາມາດເວົ້ານຳໄດ້.  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍຝຳໃຈນຳການກະທໍາຂອງຂອຍທີ່ໄຮງຮຽນ ແລະ/ຫລື ບ່ອນຮັດວຽກ.</p>			<p>ແມ່ນ ບໍ່  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍຮັດກິຈກັນດ້ານຮ່າງກາຍທຸກນີ້.  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍໄດ້ນອນພຽງຟໍ: _____ ຂ່ວໂນງຕໍ່ຄືນ.</p>	
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	<p>Diet _____</p> <p>Sleep _____</p> <p><input type="checkbox"/> Review Immunization Record  <input type="checkbox"/> Hgb/Hct _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral  <input type="checkbox"/> Cholesterol</p> <p>Health Education: (Check all discussed/handouts given)</p> <p><input type="checkbox"/> Nutrition/weight control <input type="checkbox"/> Regular physical activity/Sports  <input type="checkbox"/> Seat belts/Driving <input type="checkbox"/> Injury prevention/safety  <input type="checkbox"/> Tobacco Use <input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol <input type="checkbox"/> STD/HIV/AIDS  <input type="checkbox"/> Sex education/birth control <input type="checkbox"/> Suicide/Depression  <input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Self Exam <input type="checkbox"/> Future Plans  <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>Assessment/Plan: _____  _____  _____</p>	
	Screening:	MHZ	R	L	
	Hearing Screen	4000	_____	_____	
	2000	_____	_____		
	1000	_____	_____		
	500	_____	_____		
Vision Screen	R 20/	_____	L 20/	_____	
Development	N	A			
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Social Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Physical:	N	A	N	A	
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	
Describe abnormal findings and comments:  <hr/> <hr/> <hr/>					
IMMUNIZATIONS GIVEN					
REFERRALS					
NEXT VISIT: 18 YEARS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS		

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (16 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(21)5.

### **Screens for Sexually Active Teens**

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **High Risk Behavior**

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



ການກວດດັກໃຫ້ມີສູພາບດີ - ເປົ້າວະຊົນ: 16 ປີ  
WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 16 YEARS  
(ເຮັດຕາມຄໍາອັນກຳ EPSDT)

ວັນທີ

ເປົ້າວະຊົນ: 16 ປີ

ເງິນກວດຕັ້ງປະເທດ	ຊື່ດັກ	ວັນເກີດ	
	ອາການຜິດ	ປາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ	
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດຂັ້ນຫາ/ສຶກສູກວິນ ນັບແຕ່ມ່າເຖີ່ງສຸດທ້າຍ	ມັນວັນພະເຈົ້າມີຄໍາຖານກ່ຽວກັບເຮືອງ:	
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍກິນເຂົາເຈົ້າທຸກໆ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍມີຜູ້ໃຊ້ນີ້ທີ່ຂອຍສາມາດເວົ້ານຳໄດ້. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍຝໍໃຈນຳການກະທໍາຂອງຂອຍທີ່ໄຮງຮຽນ ແລະ/ຫລື ບ່ອນເຮັດວຽກ.	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍເຮັດກິຈກັນດ້ານຮ່າງກາຍທຸກໆ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍໄດ້ນອນພຽງຟ້າ; _____ ຂ່ວໂນງຕໍ່ຄືນ.	
ນ້ຳໜັກ KG./OZ. ຕໍ່ຮ້ອບ	ສູງ CM/IN. ຕໍ່ຮ້ອບ	ຄວາມດັນເລືອດ	ອາຫານ _____
<input type="checkbox"/> ການທຶນທວນເບິ່ງລະບົບ <input type="checkbox"/> ການທຶນທວນເບິ່ງປະວັດຄອບຄົວ		ການນອນ _____	
ການກວດ:	MHZ	R	L
ການກວດຫຼຸ	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____
ການກວດຕາ	R 20/ _____ L 20/ _____		ການສຶກສາສູພາບ: (ໝາຍທຸກໆຢ່າງທີ່ໄດ້ບຶກສາກັນ/ເອົາໃບວ່າວ້າມູນຕ່າງໆໃຫ້) ທາດບໍາລຸງອາຫານຄຸນນ້ຳໜັກ <input type="checkbox"/> ກິຈກັນຮ່າງກາບປົກກະຕິ/ການກິລາຕ່າງໆ ສາບຮັດ/ການຂັບຮົດ <input type="checkbox"/> ການປ້ອງກັນບາດເຈັບ/ຄວາມປອດໄພ ໃຊ້ຢາສູບ <input type="checkbox"/> ປາເຫຼົ້າ <input type="checkbox"/> ພະຍາດ STD/HIV/AIDS ການສຶກສາຮ່ວມເຜົດ/ຄຸນກຳນົດ <input type="checkbox"/> ຂ້າໄຕຕາຍ/ຄວາມກິດດັນ ການປົວແຂວງ <input type="checkbox"/> ກວດໄຕໂອງ <input type="checkbox"/> ພັນຊີວິດອະນາຄົດ ອື່ນໆ: _____
ການເຕີບໄຕ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ການປະເມີນ/ແຜນການ: _____	
ການປະຜິດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ອາຄົມຫາງສັງຄົມ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ສູພາບຈິດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ຮາງກາຍ:	ປົກກະຕິ	ປົກກະຕິ	ປົກກະຕິ
ທ້ສນະທົ່ວໄປ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ຜິວໜ້າງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ຫົວ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ຕາ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ຫຼູ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ຕັ້ງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ບາກຄົ້ມ/ແຂວງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ຄໍ່າ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ອອດໄນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ອະທິບາຍສຶກທີ່ພົບວ່າບໍ່ປົກກະຕິ ແລະ ຄວາມເຫັນຕ່າງໆ:			
ການສັກປາປ້ອງກັນທີ່ໄຫ້			
ການສຶກຕໍ່			
ນາພົບເຫຼືອໜ້າ: ອາຍຸ 18 ປີ		ຊື່ຜູ້ປິດປົວສູພາບ	
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປິດປົວສູພາບ		ບ່ອນຜູ້ຜູ້ປິດປົວສູພາບ	

# ຄວາມຫ່ວງໄປຕໍ່ສູນພາບຂອງທ່ານເມື່ອອາຍຸຮອດ 16 ປີ

## ສິ່ງທີ່ຮ່າງກາຍຂອງທ່ານຕ້ອງການ

ວິທີທາງທີ່ທ່ານສາມາດຊ່ວຍຮ່າງກາຍຂອງທ່ານລະຫວ່າງອາຍ  
16 ຫາ 18 ປີ.

ທ່ານຕ້ອງໄປກວດສູນພາບ, ສາຍຕາ ແລະ ຫຼື ນຳທ່ານໝໍຂອງ  
ທ່ານປ່າງສົມໝໍສມີ. ທ່ານຄວນໄປຫາໝໍປົວແຂວ້ວປ່າງໝ້ອຍ  
ປີລະເທື່ອ.

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ນອນປ່າງໝ້ອຍ 8 ຂົວໄມົງ ແຕ່ລະຄືນເຜື່ອໃຫ້  
ປະຕິບັດໄດ້ດີທີ່ສຸດຢູ່ໃນໄຣງຣູນ, ບ່ອນຮັດວຽກ ຫລື ເວລາ  
ຂັບຮົດ. ໃຫ້ໜົກລົງເວັນການຮັດວຽກເຟີ່ນ ຖ້າມັນຕັດການນອນ  
ຂອງທ່ານລົງ.

ການອອກແຮງແນ່ນວິທີທີ່ນີ້ປະສິດທິຜົນທີ່ສຸດ ເຜື່ອຄຸນນ້ຳໜັກ  
ຂອງທ່ານ. ການກິນຕ້ອງຖືກຈາງແຜນ ແລະ ຄວບຄຸມ.  
ການກິນປາລະບາບ ຫລື ຮາກສາມາດເປັນອັນຕຽບຕໍ່ຮ່າງ  
ກາຍຂອງທ່ານ. ຮ່າງກາບຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບອາຫານທີ່ຕ້ອງການ  
ເຜື່ອການຕີບໃຫຍ່. ຖ້າທ່ານມີໝູ່ທີ່ຮາກ ຫລື ໃຊ້ປາລະບາບ  
ເຜື່ອຄຸນນ້ຳໜັກຂອງເວົາເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.

ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເພີ່ມຕົ້ນ

ສາຍຊ່ວຍຄອບຄົວ: 1-800-932-4673

ສາຍຊ່ວຍສຸກເສີນແຫ່ງຊາດ: 1-800-999-9999

ຫລື ສາຍສຸກເສີນແຫ່ງຊາດ ເມື່ອງຜູ້ນ່ວຍ: 1-800-448-3000.

ຂໍ້ມູນເພດສຳພັນສໍາລັບຊາວໝູ່:

[www.teenwire.com](http://www.teenwire.com).

ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຊາວໝູ່ນຸ່ມກະເທີບຊາບ ແລະ ກະເທີບຍິງ ໃຫ້ຕິດຕໍ່:  
PFLAG (ຝ່າຍ, ຄອບຄົວ, ແລະ ໝູ່ເຜື່ອນຂອງຜູ້ຮ່ວມເພດດຽວກັນ  
ແລະ ກະເທີບ) [www.pflag.com](http://www.pflag.com) ຫລື 202-467-8180.

ສໍາລັບການກິນບໍ່ປຶກກະຕິໃຫ້ຕິດຕໍ່:

[www.allabouteatingdisorders.com](http://www.allabouteatingdisorders.com).

## ການປະພິດແບບສິນບູນ

ຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບເພດສຳພັນຂອງທ່ານ, ການອົດກັນ, ການແຜ່ຂ່າຍ  
ພະຍາດທາງເພດ ແລະ ການຄຸນກຳນົດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຮູ້ວິທີ  
ແລະ ເປັນຫັ້ງຈຶ່ງເວົາ "ບໍ່" ຕໍ່ເພດ. ໃຫ້ປຶກສານນຳພໍ່ແມ່ ຫລື  
ຜູ້ແນະນຳພື້ນກະສຽນກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈດ້ານເບດສຳພັນ.

ການສູບປາໃຫ້ຫັດແຕກທ່ານ, ເປັນດັງສະດວງ, ມະຮັງ, ປາກໝັ້ນ  
ແລະ ເຮັດໃຫ້ເຄື່ອງນຸ່ງ ແລະ ຜົນຂອງທ່ານເຫມັນ.

ການປ່ຽນແປງໄປຫາງລົບປ່າງຫລວງຫລາຍໃນຄວາມຮູ້ສຶກ, ການປະ  
ພິດ, ເຜື່ອນຟູງ, ວຽກໄຣງຣູນ ແລະ ການໄປໄຣງຣູນຂອງທ່ານ  
ທັງໝົດ ອາດເປັນເຄື່ອງໝາຍຂອງຄວາມກົດດັນ. ຖ້າທ່ານຄົດວ່າ  
ທ່ານຢູ່ໃນຄວາມກົດດັນໃຫ້ໄປຫາທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫລື ໄທໃຫ້ຝ່າຍ  
ຂອງທ່ານຊ່ວຍ ຫລື ຖ້າເຫັນວ່າໝູ່ຄູ່ຜູ້ນີ້ໄສກເສົາຫລາຍ ຫລື  
ໃຈຮ້າຍ ແລະ ການປະພິດຂອງເວົາເຈົ້າປ່ຽນໄປ, ໃຫ້ຮູ້ບ່ອນໄປຫາ  
ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.

ແຕ່ລ່ວມື້ໃຫ້ໃຊ້ເວລາຢ່າງໝ້ອຍເທົ່າກັບເວລາທີ່ທ່ານໃຊ້ເປົ່ງ ຫຼື ຫລື  
ໃຊ້ຄອນພິວເຕີ ນັ້ນ ອອກແຮງ ຫລື ຢູ່ກັບໝູ່ຄູ່ຂອງທ່ານ.

ຊາວໝູ່ນຸ່ມຫລາຍຄົນຮູ້ຊາວໝູ່ນຸ່ມຜູ້ທີ່ອາດເປັນກະເທີບຊາບ ຫລື ກະເທີບ  
ຍິງທ່ານອາດຕ້ອງການເວົາກ່ຽວກັບເຮືອງນີ້. ທ່ານສາມາດໃຫ້ຫາ  
ນີ້ໃນຈຳນວນອົງການທີ່ຊ່ວຍຊາວໝູ່ນຸ່ມກະເທີບຊາບ ຫລື ບິງ,  
ຄອບຄົວເວົາເຈົ້າ, ແລະ ໝູ່ຄູ່ຂອງເວົາເຈົ້າ.

ວຽກຕາມໃຈສັກ ແລະ ຄວາມສາມາດນິ້ສັດອາດເປັນສິ່ງເລີ່ມຕົ້ນ  
ຂອງອາຂີບມັນຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຮູ້ສຶກຜູ້ໃຈກ່ຽວກັບທ່ານໂອງ. ຊຸດຄົ້ນຫາ  
ສິ່ງທີ່ທ່ານສິນໃຈ ເຊັ່ນ ກິລາ, ລະຄອນ, ສີລປະ, ດິນຕຣີ,  
ຮຽນທ່າຍຮູບ, ຫລື ການຮັດເຄື່ອງເຊື່ອ.

## ຄຳແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ການຂັບຮົດແນ່ນສິ່ງຫລາຍສໍາລັບຜູ້ຂັບໝູ່ນຸ່ມ ເວລານີ້ຄົນເຂົ້າຢືນ  
ຊາວໝູ່ນຸ່ມອືນ. ທ່ານ ແລະ ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານຄວນຕົກລົງກັນກ່ຽວກັບ  
ກົດຮະບຽບອັນຊັດແວ້ງກ່ຽວກັບການຂັບຮົດ, ໂດຍສະເພາະກັບໝູ່ຄູ່  
ຂອງທ່ານ. ເຊັ່ນຕົວປ່າງ, ຜູ້ຂັບທຸກຄົນ ແລະ ຜູ້ເຂັ້ມ່າທຸກຄົນຕ້ອງຮັດ  
ສາບຮັດທຸກເວລາ. ບໍ່ຂັບຮົດເວລາເມີນຫລື ເຂັ້ມ່າຜູ້ໄດ້ຜູ້ນີ້ທີ່ກິນເຫຼັກາ.

ຈຶ່ງໃຈວ່າ "ໝູ່ບໍ່ພຽງແຕ່ບໍ່ໃຫ້ໝູ່ເມີນຂົນຮົດ," ເວົາເຈົ້າບັງບໍ່  
ອະນຸຍາດໃຫ້ໝູ່ຄູ່ເຂັ້ມ່າຄົນເມີນເອົກດ້ວຍ.

ໃຊ້ແນວກັນແດດ. ຕາກແດດຕົກນີ້ໄປຮັດໃຫ້ຕົກໃດຮອບໝັງຍານ ແລະ  
ມະເລັງ.